DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Solicitud para Certificado de Registro como Interno Técnico de Farmacia

Cualquier declaración falsa, hecha deliberadamente por el solicitante o permitida, en cualquiera de las cláusulas de esta solicitud, será motivo suficiente para rechazar o revocar el Certificado de Interno de Técnico después de haberse expedido.

Solicito, bajo juramento, un Certificado de Interno Técnico de Farmacia, de acuerdo con la Ley 247 de 3 de septiembre de 2004. Según enmendada. Me comprometo a practicar un periodo mínimo de 1,000 (mil) horas a partir de la fecha en que la Junta apruebe esta solicitud y me inscriba como Técnico de Farmacia.

ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE

DECLARACIÓN JURADA (AFFIDAVIT)

Estado o Territorio _____

Pueblo o ciudad de _____

Yo, _____

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

Bajo JURAMENTO, expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

_____

FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, hoy día_____de_____ de _____en

_____, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIVAVIT NUM.:_____

SELLO DEL NOTARIO

_____

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADO
(Llénese a mecanoscrito o en letra de molde)

NOMBRE:_____

DIRECCIÓN POSTAL:_____

_____

ÚLTIMOS CUATRO NÚM. SEGURO SOCIAL #_____

TEL.:_____ E-MAIL:_____

FECHA DE NAC.:_____/_____/ _____ LUGAR DE NAC.:_____
Día Mes Año

1. ¿Es usted Ciudadano de Estados Unidos? Si_____No_____ (personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus.)

2. ¿Ha sido usted CONVICTO de algún delito? Si_____No_____ (si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte.)

Certificación de Internado

(para ser completado por el farmacéutico que supervisará la práctica)

Yo,_____ vecino (a) de_____

mayor de edad, declaro que:

UNO: Que soy farmacéutico autorizado (a) a ejercer mediante licencia expedida por la Junta de Farmacia.

DOS: Que conozco personalmente a _____, y me consta de

propio conocimiento que es persona que goza de buena reputación, la considero acreedora a que le expida un CERTIFICADO DE REGISTRO COMO INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA.

TRES: Que me comprometo a supervisar personalmente y hacerme responsable de dicho Internado, comenzando en la fecha que la Junta de Farmacia expida el Certificado, mediante solicitud por primera vez o algún cambio de preceptor de acuerdo al caso.

CUATRO: Que me comprometo a certificar luego a la Junta de Farmacia el resultado de tal INTERNADO.

QUINTO: Que me comprometo a notificar a la Junta de Farmacia, por escrito, tan pronto cese la práctica.

En _____ Puerto Rico, a el día _____ del mes de _____ del año _____ .

_____	_____
Nombre de la farmacia	Firma del farmacéutico (a)
	_____
	Horario de la farmacia
_____	_____
Dirección de la farmacia	Teléfono de la farmacia

Certificación

Yo_____vecino(a) de_____

Mayor de edad farmacéutico (a) autorizado (a) a ejercer mediante licencia expedida por la Junta De Farmacia de Puerto Rico, cuyo número de licencia es_____ , DECLARO QUE estoy supervisando el INTERNADO DE:_____.

Declaro, además, que superviso a los siguientes Técnicos con Certificado Permanente:

1. _____ Núm. Cert. Permanente _____
2. _____ Núm. Cert. Permanente _____
3. _____ Núm. Cert. Permanente _____
4. _____ Núm. Cert. Permanente _____

Estudiante de Farmacia o Interno Técnico de Farmacia. Favor de incluir el horario de práctica.

1. _____ Univ._____Horario_____
2. _____ Univ._____Horario _____

Por la Ley 247 del 3 de septiembre de 2004, según enmendada, Ley de Farmacia de Puerto Rico, un farmacéutico podrá supervisar con relación a la dispensación de medicamentos en un mismo horario a no más de (5) cinco técnicos de farmacia, o a un (1) interno de farmacia o interno de técnico de farmacia, para un máximo de (5) cinco personas bajo su supervisión.

_____ FECHA

_____ FIRMA DEL FARMACÉUTICO

_____ NOMBRE DE LA FARMACIA

_____ DIRECCIÓN COMPLETA DE LA FARMACIA

RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISIÓN. SI SUPERVISA OTRO INTERNO ESTUDIANTE DE FARMACIA O TÉCNICO DE FARMACIA, DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO.

HORARIO DE PRÁCTICA DE FARMACIA DEL ESTUDIANTE

DÍAS	MAÑANA(A.M.)	TARDE (P.M.)	NOCHE (P.M.)	TOTAL DE HORAS
LUNES				
MARTES				
MIÉRCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SÁBADO				
DOMINGO				
TOTAL DE HORAS SEMANALES				

COMENTARIOS: _____

_____

_____

_____
Fecha

HORARIO DEL PRECEPTOR

Lunes _____

Martes _____

Miércoles _____

Jueves _____

Viernes _____

Sábado _____

Domingo _____

_____
Firma del preceptor

_____
Firma del solicitante

RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TÉCNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISIÓN. SI SUPERVISA OTRO ESTUDIANTE DE FARMACIA O INTERNO TÉCNICO DE FARMACIA DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIGIR CON EL OTRO.

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

PROGRAMA DE CLASES

DIAS	HORAS											
	7:00 8:00	8:00 9:00	10:00 11:00	11:00 12:00	12:00 1:00	1:00 2:00	2:00 3:00	3:00 4:00	4:00 5:00	5:00 6:00	6:00 7:00	7:00 8:00
LUNES												
MARTES												
MIERCOLES												
JUEVES												
VIERNES												
SABADO												
DOMINGO												

Sello de la Universidad

Firma del Coordinador de Universidad

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

(REQUISITOS para acompañar con la solicitud)

CURSO ACADEMICO:

1. Solicitud de Examen de Técnico de Farmacia debidamente cumplimentado en todas sus partes.
2. Certificado Médico (Adjunto a solicitud cumplimentado por un Médico licenciado en Good Standing de solicitar acomodo razonable, favor de traer evidencia médica y/o carta de rehabilitación vocacional.
3. ORIGINAL Y FOTOCOPIA del Diploma de Escuela Superior.
4. ORIGINAL Transcripción de Crédito de Escuela Superior.
5. ORIGINAL Y FOTOCOPIA del Diploma o Certificación del curso de Técnico de Farmacia.
6. ORIGINAL de Transcripción de Crédito del curso de Técnico de Farmacia, ésta deberá ser enviada por la Universidad o Colegio directamente a la Junta.
7. ORIGINAL del Horario de Práctica debidamente desglosado y firmado por su preceptor.
8. ORIGINAL del Certificado de Interno de Técnico de Farmacia.
9. Certificado de Antecedentes Penales con hoja de validación (No más de 30 días de expedido).
10. Certificación negativa de ASUME reciente.
11. ORIGINAL Y FOTOCOPIA reciente del Certificado de Nacimiento.
12. ORIGINAL Y FOTOCOPIA de la Tarjeta del Seguro Social.
13. Puede realizar su pago con GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del *Secretario de Hacienda* por la cantidad de **$150.00** en nuestras oficinas. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD. **NO REEMBOLSABLES**
14. Pago electrónico por la cantidad de **$60.00** a nombre de **DIDAXIS** a través de ATH, VISA O Mastercard. Didaxis le enviará vía correo electrónico el enlace para hacer el pago.
15. Un sobre pre-dirigido con sello del correo.

NOTA: NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS, TAMPOCO DESPUÉS DE LA FECHA LÍMITE

JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO
P.O. BOX 10200, San Juan, Puerto Rico 00908 – 0200
(787) 765-2929, exts.. 6645, 6602
maría.fuentes@salud.pr.gov, cristina.matos@salud.pr.gov